
CARCINÓIDE DO APÊNDICE - ACHADO INCIDENTAL

SANDRO BALEOTTI RIZOLI
MARIO MANTOVANI, TSBCP
JOÃO LUÍS BARBANTE TRENTINI
ANTONIO CAPONE NETO

RIZOLI SB, MANTOVANI M, TRENTINI JLB, CAPONE NETO A - Carcinóide do apêndice - Achado incidental. *Rev bras Colo-Proct.*, 1990; 10(1): 24-26

RESUMO: O tumor carcinóide do apêndice é conhecido desde o século XIX. Contudo, pouco se sabe sobre sua gênese e seu comportamento. Ainda hoje, na maioria das vezes, são achados incidentalmente após uma apendicectomia. Apesar do seu comportamento benigno quando menor que 1 cm, causa apreensão nos cirurgiões que se deparam com esse achado. Apresentamos um caso de achado incidental de carcinóide de apêndice que comparamos com a literatura. Concluímos que para os tumores menores que 1 cm localizados na ponta, a apendicectomia é curativa. Nos tumores maiores que 2 cm, há necessidade de hemicolectomia direita, e nos intermediários a hemicolectomia direita é recomendável para os pacientes jovens e ressecção do ceco ou mesmo simples apendicectomia para os idosos. Queixas de síndrome carcinóide estão relacionadas à presença de metástase e a um pior prognóstico.

UNITERMOS: tumor carcinóide; neoplasias do apêndice; neoplasias

O tumor carcinóide do apêndice (TCA) é conhecido desde o final do século XIX (2, 3, 5, 7), sendo que o termo "carzinóide" foi pela primeira vez utilizado por *Oberndorfer* em 1917, referindo-se a uma lesão "semelhante ao carcinoma"; contudo sem comportamento maligno (7). Inicialmente, estes tumores do apêndice

Trabalho realizado na disciplina de Cirurgia do Trauma. Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP.

eram tratados como simples curiosidade anatomopatológica. Somente no início deste século é que foi dada a devida importância ao TCA, com o surgimento das primeiras descrições de metástases e comportamento maligno (Síndrome Carcinóide Maligna), além da própria síndrome carcinóide que se manifesta através de *flush* cutâneo, diarreias e broncoespasmos (1-3, 5, 7).

Ainda hoje os TCA são, na maioria das vezes, achados incidentais após a retirada do apêndice (1-3, 5-7). Mesmo em serviços de referência para esta patologia como a Clínica Mayo, 60% de todos os casos são achados ao acaso (5, 7).

Embora a maioria dos autores aceite a apendicectomia como curativa, para os TCA menores que 1 cm e localizados na ponta do apêndice (1-3, 5-7), ainda há muita apreensão quando surge um laudo anatomopatológico de TCA. Há ansiedade, por parte do cirurgião e do paciente, em saber se a extensão da ressecção foi satisfatória, se é possível falar em cura ou não e como deve ser o acompanhamento futuro desse paciente.

Isto posto, apresentamos um caso de achado incidental de TCA e revemos a literatura médica quanto à conduta adequada, cuidados e prognóstico para este tipo de patologia.

Descrição do caso

M.C.W, sexo feminino, 29 anos, branca, solteira, foi admitida no nosso Serviço, em maio de 1985, com queixas de dor abdominal inicialmente difusa, depois localizada em fossa ilíaca direita nas últimas 48 horas. Referia um episódio de febre e vômitos. Negava alterações menstruais ou urinárias.

Ao exame físico estava afebril, corada e apresentava defesa abdominal na fossa ilíaca direita. Embora houvesse inicialmente uma suspeita de afecção ginecológica, esta foi afastada ao exame especializado.

O diagnóstico clínico foi de apendicite aguda em fase incipiente, e a paciente submetida à laparotomia através de uma incisão de MacBurney. Encontrou-se um apêndice normal à inspeção e palpação, e um cisto ovariano hemorrágico roto à esquerda. O cisto assim como o apêndice foram ressecados da maneira habitual.

A paciente teve alta no 3.º dia pós-operatório. O laudo anatomopatológico mostrou um tumor carcinóide do terço distal do apêndice de 0,5 cm de extensão. A dosagem pós-operatória da excreção urinária de 5-hidroxi-3-indol acético (5-HIA) foi normal, e a paciente passa bem até o momento, não tendo apresentado qualquer queixa de síndrome carcinóide.

COMENTÁRIOS

Na revisão da literatura recente, constata-se uma uniformidade nos pontos de vista, e uma semelhança bastante grande entre os casos relatados com o por nós apresentado. Todos concordam que a vasta maioria dos TCA são clinicamente silenciosos e achados acidentalmente por ocasião de uma apendicectomia por outros motivos (1-3, 5-7). Em nossa paciente a apendicectomia foi realizada por ser conduta preconizada no Serviço em retirar-se o apêndice toda vez que tiver sido realizada uma laparotomia à MacBurney para esse fim, uma vez que macroscopicamente e à palpação o apêndice apresentava características normais.

A casuística da Clínica Mayo relata uma prevalência de 0,32% de TCA em apêndices retirados por qualquer razão (5, 7), enquanto que na Espanha esta mesma incidência é de 0,04% (2). Na Suécia, os tumores carcinóides de qualquer localização ocorrem numa incidência de 8,4 casos para cada 100.000 necrópsias (1). Como esses achados são ao acaso, é de se esperar que reflitam a prevalência real dessa doença. Assim, à semelhança da paciente em questão, podemos presumir a existência de inúmeras pessoas, portadoras assintomáticas de um TCA (5).

O caso apresentado ocorreu numa paciente do sexo feminino, com 29 anos, sem queixas de síndrome carcinóide e com dosagem pós-operatória de 5-HIA normal. Na literatura, constata-se que o TCA acomete mais as mulheres com idade média ao redor dos 29 anos e a quase totalidade assintomática (1-3, 5-7). Como a Síndrome Carcinóide só se manifesta clinicamente na presença de metástases, em especial hepáticas, sendo nesses pacientes a dosagem de 5-HIA anormal (1, 3, 5, 7), é possível

presumir que as metástases estão ausentes na nossa paciente.

Na grande maioria, estes tumores estão localizados no terço distal do apêndice (70%), e são pequenos, menores que 1 cm (76%) (1-3, 5, 7). Como a presença de metástases está diretamente relacionada ao tamanho do tumor, só aparecendo nos tumores maiores que 2 cm (1-3, 5, 7), inferimos novamente a ausência de metástases na paciente em questão.

Moertel e col. (5), após acompanharem pacientes portadores de TCA menores que 1 cm por 25 anos, e constatarem que nenhum deles, após simples apendicectomia, apresentou recorrências ou metástases, concluíram ser este o tratamento curativo para este grupo. Como a nossa paciente encaixa-se neste grupo, a nosso ver ela deve ser considerada curada, e segundo Moertel e col., nem necessitaria receber seguimento ambulatorial (5). No entanto, para melhor estudo da afecção, a paciente será acompanhada ambulatorialmente com dosagem de 5-HIA semestralmente nos próximos anos.

Nos casos de TCA maiores que 2 cm a literatura mostra que a hemicolectomia direita é o tratamento de escolha (1-3, 5-7).

A dúvida permanece para os TCA entre 1 e 2 cm. Moertel e col. (1987), após um acompanhamento de 14 anos destes pacientes, afirmam que a simples apendicectomia é segura (5). Contudo, com o surgimento de relatos de recidivas e metástases nestes pacientes, um trabalho mais recente, também da Clínica Mayo, sugere ressecção do ceco (7). Outros autores preferem a hemicolectomia direita, especialmente nos pacientes jovens, com pequeno risco cirúrgico (7).

Outro fator que reforça a possibilidade de cura dos pacientes com TCA após apendicectomia diz respeito ao comportamento "benigno" do TCA em relação ao carcinóide de outras localizações, em especial do íleo. O carcinóide do íleo em alguns relatos é referido como mais freqüente que o TCA, contudo a maioria dos autores referem o TCA como o mais comum (1-3, 5, 7). Em raros casos de TCA foram verificadas outras lesões primárias (carcinoma multicêntrico), ou presença de neoplasias sincrônicas ou metacrônicas, características estas do carcinóide de íleo (1, 3, 5, 7). A síndrome carcinóide, a presença de metástases e a mortalidade são em todos os trabalhos significativamente maiores nos carcinóides ileais que nos TCA (1, 3, 5, 7). Portanto, mesmo tendo uma histogênese desconhecida, surgem na literatura indícios de que os carcinóides do apêndice e do íleo não tenham a mesma gênese (4).

Como o prognóstico está intimamente relacionado a presença de metástases (1-3, 5, 7), tanto a nossa paciente como a grande maioria dos portadores de TCA assintomáticos, podem ter uma expectativa de vida normal.

RIZOLISB, MANTOVANI M, TRENTINI JLB, CAPONE NETO A - Carcinoid tumor of the appendix - Incidental finding.

SUMMARY: The carcinoid tumor of the appendix is known since the end of the 19th century. But little is known about its pathogenesis and behavior. Even today, the majority of the cases are found incidentally following an appendectomy. Although having a benign behavior when smaller than 1 cm, it causes apprehensiveness in surgeons facing this finding. We present one case of incidental finding of carcinoid tumor of the appendix, and compare it to the literature. The conclusion is that for tumors smaller than 1 cm localized at the distal third, the appendectomy is curative. For tumors larger than 2 cm the right hemicolectomy is mandatory, and for those in the intermediate group, it is advisable to perform right hemicolectomy in young patients, and cecum resection or even simple appendectomy for the aged. Metastases, specially hepatic, are related to the presence of the carcinoid syndrome and implies in a poor prognosis.

KEY WORDS: carcinoid tumor; appendix neoplasm; neoplasm

REFERÊNCIAS

1. Andaker L, Lamke LO, Smeds S. Follow-up of 102 patients operated on for gastrointestinal carcinoid. *Acta Chir Scand* 1985; 151: 469-473.

2. Zaragoza Fernández C, Varo Gonzalo J, D'Ávila Dorta D, Calvo Abriat J, Diestro Ortiz MG, Cano Iborra J, Narbona Arnau B. Tumor carcinóide apendicular. A propósito de cinco casos. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1986; 69(4): 41-44.

3. Martínez de Haro LF, Garca Marcilla JA, Ortiz Escandell MA, Ramirez Romero P, Moreno J, Rodriguez Bermejo M, Parrilla Paricio P. Tumores carcinoides digestivos. Presentación de 22 casos. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1987; 72(6): 695-699.

4. Lundqvist C, Wilander E. A study of the histopathogenesis of carcinoid tumors of the small intestine and appendix. *Cancer* 1987; 60(2): 201-206.

5. Moertel GC, Weiland LH, Nagorney DM, Dockerty MB. Carcinoid tumor of the appendix: treatment and prognosis. *New Engl J Med* 1987; 317(27): 1699-1701.

6. Souza HP. Apendicite aguda e tumor carcinóide de apêndice cecal. *Rev AMRIGS* 1986; 30(2): 132-133.

7. Thompson GB, Heerden JA, Martin JK Jr., Schutt AJ, Ilstrup DM, Carney JA. Carcinoid tumors of the gastrointestinal tract: presentation, management, and prognosis. *Surgery* 1985; 98(6): 1054-1063.

Endereço para correspondência:

Sandro Baleotti Rizoli
Rua Honduras, 191 - Jd. Nova Europa
13035 - Campinas - SP